FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1893-1894 N° 27.

DES

HÉMOPTYSIES ARTHRITIQUES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 1er Décembre 1893

PAR

Dominique-Gaston ANTOINE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

NÉ A TOULON, LE 22 AVRIL 1869.

Examinateurs de la Thèse..	MM. MASSE	professeur,	*Président*
	PICOT	professeur,	*Juges*
	MOUSSOUS	agrégé	
	MESNARD	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1893-1894 N° 27.

DES

HÉMOPTYSIES ARTHRITIQUES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 1er Décembre 1893

PAR

Dominique-Gaston ANTOINE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

NÉ A TOULON, LE 22 AVRIL 1869.

Examinateurs de la Thèse..	MM. MASSE	professeur,		*Président*
	PICOT	professeur,		
	MOUSSOUS	agrégé		*Juges*
	MESNARD	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1893

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ.....
MERGET..... Professeurs honoraires
AZAM.....

	Messieurs
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	N.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle	de NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Cliniq des Maladies syphilitiques et cutanées	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCÉ
Cl. des mal. des fem.	BOURSIER	Accouchements	RIVIÈRE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Chimie	DENIGÈS
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE		

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR ANTOINE

MÉDECIN DE LA MARINE EN RETRAITE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MON MEILLEUR AMI HENRI AYCARD

Souvenir d'une inaltérable affection.

A MES CAMARADES DE LA MARINE

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ MOUSSOUS

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DE L'HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS

Hommage reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUÈS

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR MASSE

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au cours de nos études médicales, nous avons été frappé, sinon du discrédit, mais du moins de l'espèce d'oubli dans lequel était tombée de nos jours l'opinion jadis admise par plusieurs auteurs, opinion qui plaçait sous l'influence de la diathèse arthritique certaines hémoptysies empreintes d'un caractère particulier.

Nous nous sommes demandé si cette indifférence était bien méritée, vu l'importance de la question. Il nous a semblé très important, en effet, de pouvoir différencier d'une manière sûre les hémoptysies d'origine purement arthritique des autres hémoptysies et surtout de celles liées à l'évolution de la tuberculose; en effet, de ce diagnostic dépend bien souvent la réputation d'un médecin, étant donnée l'erreur pronostique grave qu'il peut commettre en se croyant en présence d'un phtisique.

Nous nous sommes alors proposé de faire, dans notre thèse inaugurale, la monographie aussi complète que possible de ces accidents hémorragiques. Nous essayons en même temps de réfuter, à mesure que l'occasion se présentera, les objections faites à leur origine, et surtout nous ap-

portons à leur histoire clinique deux observations où l'influence de l'arthritis est si évidente, qu'il serait bien difficile de chercher d'autres causes.

Les observations inédites que nous publions dans notre travail nous ont été communiquées par M. le docteur André Moussous, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Nous le prions, à ce sujet, de vouloir bien accepter nos remerciements pour l'empressement avec lequel il les a mises à notre disposition et aussi pour la bienveillance qu'il nous a montrée pendant l'année, trop courte, que nous avons passée dans son service.

Nous prions M. le professeur Masse d'agréer notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

DES

HÉMOPTYSIES ARTHRITIQUES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant de commencer l'étude d'une des manifestations viscérales de l'arthritisme, il nous a semblé qu'il y avait lieu de passer rapidement en revue l'histoire de ces manifestations en général.

Si les complications viscérales du rhumatisme ou de la goutte sont connues depuis longtemps, il n'en est pas de même, des accidents produits par la diathèse arthritique en dehors de toute attaque aiguë de goutte ou de rhumatisme.

Entrainés, et avec raison, par l'opinion de Baillou (1560-1566) qui, le premier sépara le rhumatisme et la goutte de ce chaos d'affections très diverses qu'on avaient réunies sous

l'épithète d'arthritis, les auteurs Sydenham, Bœrhave et son commentateur Van-Swieten, parlent bien des localisations pulmonaires, mais tous n'étu lient ces cas que comme une complication de l'attaque rhumatismale. Après eux, Stork (1), Musgrave (2), Chomel (3) et même des auteurs plus modernes, tels que Bouillaud (4), Trousseau (5), ne font que dire en passant, que le rhumatisme peut débuter par les viscères.

Enfin, nous sommes plus heureux avec les auteurs qui ne se sont pas spécialement occupés du rhumatisme.

Vulpian (6), en parlant des pneumonies secondaires, dit que la pneumonie peut se déclarer sans être précédée par une affection des jointures ; mais il a soin d'ajouter que, pour faire le diagnostic, il faut qu'il y ait eu d'autres accidents rhumatismaux auparavant.

Il est une phrase, dans l'article de M. Besnier (7) sur le rhumatisme, qui se rapporte au sujet que nous traitons et que nous devons citer :

« On peut voir aussi manifestement des pneumonies congestives, ne différant pas nettement de la pneumonie franche, et dont la nature rhumatismale peut être déduite de la rapidité de l'évolution ; mais il est évident que la réalité de cette origine, ne peut être démontrée que dans des cas d'alternance, de coïncidence, de succession avec d'autres manifestations définies et incontestables.

---

(1) Stork. — *Amsi med. secundi*, 1759.
(2) Musgrave. — *De arthritide anomala sive interna.*
(3) Chomel. — Thèse de Paris, 1814.
(4) Bouillaud. — Traité du rhumatisme, 1819.
(5) Trousseau. — Cliniques médicales.
(6) Vulpian. — Agrégation, 1860.
(7) Besnier. — Dictionnaire Dechambre. Art. rhumatisme.

» Toutefois, la récidive répétée de ces pneumonies chez un sujet à hérédité arthritique, rend leur nature extrêmement vraisemblable, alors même qu'il n'y a pas eu d'autre détermination positive. »

D'autres auteurs, Woillez, Andral, émettent la même opinion, et dès lors on est obligé d'admettre que le rhumatisme et la goutte, ou mieux que l'arthrisme peut débuter par le poumon et s'en tenir même à cette manifestation.

Nous devons une mention spéciale au docteur Fuller (1) qui donne, dans ces quelques mots, un résumé des idées alors admises :

« Des cas se rencontrent assez fréquemment, dans lesquels il n'y a pas de rhumatisme extérieur, et dans lesquels cependant toute la suite des symptômes permet de rapporter, sans aucun doute, la maladie au poison rhumatismal. De même que l'affection cardiaque peut être la première et parfois la seule manifestation du rhumatisme, de même je suis persuadé, que la bronchite, la pleurésie, la pneumonie peuvent le faire. »

Mais il faut en arriver à une époque très rapprochée de la nôtre, pour entendre parler des hémoptysies arthritiques.

En effet, il n'y a pas longtemps encore pour tous les médecins, et aujourd'hui même pour beaucoup d'entre eux, toute hémoptysie survenant sans fièvre, avec quelques signes stéthoscopiques localisés au sommet du poumon, était due à la tuberculose pulmonaire et devait amener dans un temps plus ou moins long une terminaison fatale. Trousseau a été le premier à réagir contre cet espèce de fatalisme qui pesait sur l'hémorrhagie broncho-pulmonaire depuis les affirmations

---

(1) Fuller. — *On rheumatism.*

de Laennec et de Louis; son opinion, basée sur des statistiques nombreuses, est que « cet accident se rattache aussi souvent à des affections étrangères à la tuberculisation qu'à cette maladie elle-même. »

L'attention éveillée s'est alors portée sur certaines observations, rapportées par bon nombre d'auteurs, dans lesquelles à l'encontre de ce qui se passe chez les tuberculeux, l'hémoptysie n'avait paru suivie d'aucun résultat fâcheux et s'était reproduite à plusieurs reprises sans laisser de traces.

On méconnut tout d'abord l'origine de ces accidents hémorrhagiques; certains auteurs, tels que Graves, Schmidtman, Pierre Frank, semblent vouloir ne les considérer que comme des anomalies individuelles. Gendrin, d'un autre côté, parle d' « hémoptysie chronique ».

C'est alors que plusieurs travaux, entre autres celui de Cazalis, démontrèrent que les phénomènes de congestion si fréquents chez les rhumatisants et les goutteux étaient dûs à l'influence propre de la diathèse arthritique (diathèse congestive). Or, comme les hémoptysiques dont il s'agissait étaient pour la plupart des arthritiques ou descendants d'arthritiques, on attribua leurs hémorrhagies à la diathèse arthritique.

Trastour de Manosque (*Bull. de thérap.*, 1881), Collin (de Saint-Honoré), Senac (de Vichy) sont les premiers qui ont émis l'opinion précitée. Puis après eux, M. le docteur Potain, dans ses cliniques, cite deux observations très concluantes à ce sujet.

Enfin, M. Huchard dans un remarquable mémoire présenté au Congrès de Rouen, dans sa séance du 16 aout 1882, reprend les observations précédentes, y joint plusieurs histoires de malades suivis pendant plusieurs années et montre que la diathèse arthritique peut donner naissance, aussi bien que la tuberculose, à des hémoptysies abondantes et répétées;

il trace de main de maître les caractères de ces hémorrhagies, et réfute les objections faites à leur pathogénie. Depuis malgré les travaux de quelques-uns de ses élèves, entre autres une thèse très remarquable de M. Lebreton, ce sujet a été un peu laissé de côté; une thèse parue en 1887 et traitant de la congestion pulmonaire rhumatismale, ne fait que parler en passant et très vaguement de la congestion purement arthritique.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

Comme l'indique leur dénomination, les hémoptysies arthritiques doivent leur production à l'état morbide créé par la diathèse. Mais comment la diathèse agit-elle? Nous savons parfaitement que les rhumatisants et les goutteux ont du fait de leur tempérament des congestions fréquentes du côté de plus d'un organe (névralgies congestives, dermatoses) souvent même des hémorrhagies (flux hémorrhoïdaires, métrorrhagies). Le rhumatisme et la goutte étant les branches d'un même arbre, l'arthritisme, pourquoi ne pas admettre avec Cazalis et Woilez l'action puissamment congestive de cette diathèse?

Le « poison arthritique » produit donc une congestion interne en augmentant la pression sanguine dans les capillaires du poumon. Le sang afflue et les vaisseaux trop distendus se rompent.

Ceci prouvé, nous ne nions point qu'il puisse exister des adjuvants. On pourra invoquer la fragilité des tuniques vasculaires, fragilité due peut-être elle-même à l'état constitutionnel du sujet; on pourra faire intervenir, dans certains cas, le facteur cardiaque, les lésions du cœur étant des complications assez fréquentes dans l'arthritisme.

Mais nous pouvons répondre à Cadet de Gassicourt qui, lui, n'admet pas une seule fois l'hémoptysie sans maladie de cœur que, dans toutes les observations recueillies, celle-ci s'est produite sans lésions de cet organe.

Nous terminons ce chapitre en disant, que si l'arthritis prédispose l'individu à des congestions intenses suivies d'hémorrhagies, il est bien rare, qu'il n'y ait pas une cause déterminante pour donner le coup de fouet nécessaire. La cause la plus commune est le froid; en effet, l'arthritique, comme nous le verrons bientôt, a ordinairement son hémoptysie après un refroidissement. Il suffit même d'une impression de froid toute locale, un courant d'air qui viendra frapper la poitrine, une boisson trop glacée, une évaporation trop rapide de la sueur.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne nous étendrons pas sur l'anatomie pathologique, car les lésions du poumon ne sont pas caractéristiques, du moins dans les rares observations suivies d'autopsie que nous possédons.

Nous avons, en effet, à citer trois autopsies publiées en 1877, par M. Bernheim (de Nancy), qui n'ont permis de constater qu'une congestion simple plus ou moins intense ; il est vrai qu'il ne s'agissait que de congestions pulmonaires, accompagnées de légères hémoptysies. Par contre, nous exposons tout au long dans ce sujet une observation tirée du mémoire du docteur Huchard. Ici, il s'agit bien d'hémoptysies arthritiques suivies de mort, et l'auteur a constaté que « les deux sommets étaient le siège d'une congestion extrêmement intense, que l'on pouvait poursuivre jusqu'à la partie moyenne de l'appareil respiratoire. »

L'examen microscopique a été fait et, dans tous les cas dont nous venons de parler, il a démontré que si le poumon présentait les lésions habituelles à toute congestion, il a été impossible de découvrir *un seul tubercule*.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Avant de nous étendre sur chacun des symptômes qui caractérisent les hémoptysies d'origine arthritique, nous nous permettons de retracer rapidement comment les choses se passent dans la plupart des cas.

Voici la description empruntée à M. Huchard. Un individu ordinairement dans la force de l'âge, est pris *brusquement*, le plus souvent *pendant la nuit*, d'une hémorrhagie *fort abondante* qui se répète parfois pendant plusieurs jours de suite, et s'accompagne de tous les accidents qui constituent le cortège obligé de toute hémoptysie : sueurs froides, anxiété, dyspnée, perturbation morale, d'autant plus vive, que le malade se croit d'ores et déjà poitrinaire.

Pendant plusieurs jours, parfois une quinzaine, l'auscultation montre un foyer de râles crépitants soit dans un point, soit dans un autre du poumon. Le médecin appelé porte un pronostic des plus défavorables. Cependant ces hémorrhagies se reproduisent quelquefois périodiquement et dans les intervalles la

santé reste excellente. L'on s'étonne, puis l'on s'aperçoit que le malade appartient à une famille d'arthritiques, qu'il est lui-même *goutteux*, sujet à des congestions faciales, à des migraines, à des éruptions cutanées et l'on est forcé d'admettre que l'on se trouve là en face d'accidents intimement liés à l'arthritisme, se manifestant dans le cas particulier par des hémoptysies, alors qu'il se manifeste dans d'autres par des épistaxis à répétition, des flux hémorrhoïdaires ou des métrorrhagies.

L'hémoptysie se déclare donc brusquement, du moins dans la plupart des cas, car il peut arriver que le phénomène morbide soit précédé par une espèce d'aura, constituée par des douleurs vagues dans les articulations ou par des éblouissements. Ce début brusque est amené presque toujours par un refroidissement, d'ailleurs si peu important en lui-même, que le malade ne s'en rend pas compte. Une boisson trop glacée, un courant d'air un peu trop vif, une évaporation rapide de la sueur sont des causes suffisantes. Bien plus, cette action du froid est si puissante, qu'un changement de température ou de pression atmosphérique, appréciable seulement au baromètre, a pu amener la production d'une hémorrhagie. On voit donc qu'il y a là une force latente toute prête à prendre l'organisme en défaut, et à se manifester.

Cette manifestation a lieu de préférence pendant la nuit. Pourquoi ? L'explication est difficile, serait-ce un point de ressemblance avec la goutte, la « visiteuse nocturne » de Sydenham ? Cela est possible. Durand-Fardel n'a-t-il pas appelé l'arthritisme une « goutte sans goutte » ? Oui, mais dans ce cas, la goutte étant un rejeton de la souche arthritique, elle tiendrait plutôt ce caractère de la diathèse qui lui a donné naissance.

L'hémorrhagie broncho-pulmonaire éclate donc brusque-

ment et se produit le plus souvent avec une abondance très grande, effrayante même. C'est là un caractère important, puisque les auteurs, frappés à la fois de l'abondance, de la répétition des hémorrhagies, et en même temps de leur peu de gravité, en ont déduit une relation de causes à effet.

Pour eux, la perte de sang épuisait en quelque sorte la virulence de l'agent morbide (Pidoux) ; ils méconnaissaient dont complètement l'influence diathésique de l'arthritis. Nous n'insistons pas sur cette opinion, qui n'est en vérité qu'une simple « vue de l'esprit » nullement étayée par des faits probants.

Eu égard à ces symptômes effrayants de brusquerie et d'abondance, dont nous venons de parler, les signes physiques sont bien peu caractéristiques. La percussion fait constater de la submatité, qui peut être généralisée à toute l'étendue de la poitrine ou localisée à certains points, le plus souvent dans la région qui correspond aux sommets du poumon. A la palpation, diminution légère des vibrations thoraciques. A l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants souvent très retentissants, la respiration est légèrement soufflante ; on perçoit aussi très souvent le bruit anormal de M. E. Collin (bruit de frottement arthritique), dont nous parlerons plus longuement à propos du diagnostic,

En résumé, on constate ordinairement tous les signes d'une congestion plus ou moins intense. Ces signes sont de plus très mobiles et très fugaces et bien en rapport d'ailleurs avec les caractères que présente la marche des accidents.

En effet, si l'apparition de l'hémoptysie est brusque, sa disparition est rapide aussi. Tantôt après une seule hémorrhagie, les signes stéthoscopiques diminuent d'intensité et disparaissent au bout de sept ou huit jours ; tantôt le malade a pendant un temps des hémoptysies qui se reproduisent sou-

vent avec une certaine périodicité, par exemple tous les soirs au crépuscule, ou toutes les nuits, puis ces accidents cessent et, comme dans le premier cas, tout rentre dans l'ordre.

Cette espèce de crise passée, le malade recouvre bientôt ses forces affaiblies et, pendant un laps de temps très variable, quelquefois pendant des années, il ne crache plus de sang. On retrouve encore ici ce caractère de périodicité, que nous avons déjà signalé, certains malades ont des hémoptysies tous les ans à la même époque, le plus souvent au mois d'août ou de septembre.

Dans les intervalles d'accalmie, si, très souvent, l'arthritique hémoptoïque a une santé excellente, il n'en est pas toujours ainsi, car il se produit alors parfois d'autres manifestations de la diathèse. Le malade peut avoir du côté du poumon des congestions fugaces et légères, localisées à divers points de la poitrine; du côté de la peau, des éruptions d'eczéma, d'erpès, etc. Enfin, on peut avoir affaire à des attaques franches de *rhumatisme articulaire ou de goutte.*

Cette apparition de manifestations bien évidemment arthritiques est un signe diagnostique très important au point de vue de l'origine des hémoptysies elles-mêmes, et cela surtout au cas où l'on ne trouverait pas, dans les antécédents héréditaires et personnels du malade, des preuves assez marquées d'arthritisme.

Voici donc, à peu près, tous les caractères que présentent dans leur marche les hémoptysies arthritiques. Nous nous contenterons de dire à propos de la terminaison de ces accidents qu'ils sont sans gravité, qu'en règle générale, la terminaison la plus habituelle est la guérison, et la mort une rare exception.

Enfin, nous terminerons ce chapitre en résumant dans un espèce de tableau les caractères les plus marqués des

hémorrhagies broncho - pulmonaires d'origine arthritique.

Conservation du bon état général.

Mode d'apparition brusque (souvent la nuit).

Fréquence, abondance.

Production de congestions mobiles, fugaces, tantôt dans un point, tantôt dans un autre de la poitrine.

Existence chez le malade ou ses ascendants d'accidents diathésiques indiscutables.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Nous abordons, dans ce chapitre, la partie à la fois la plus ardue et la plus importante de notre sujet. En effet, s'il est facile de faire le diagnostic de l'hémoptysie arthritique, alors qu'on a pu surveiller longtemps le malade, alors que l'on sait qu'il a eu déjà d'autres hémorrhagies broncho-pulmonaires, il est très difficile et même impossible dans certains cas de se prononcer, alors que l'on se trouve en présence d'un malade qui en est à sa première hémorrhagie.

C'est cette difficulté de diagnostic qui a soulevé tant d'objections contre le sujet que nous traitons, et notre but est d'essayer de les réfuter tout en exposant les signes différentiels qui caractérisent le phénomène morbide.

La première idée d'un médecin, en présence d'une hémoptysie, c'est de penser à la tuberculose. Tout l'y autorise, et, l'opinion générale, qui repose d'ailleurs sur une statistique imposante (70 0/0), et les symptômes assez nombreux qui peuvent accompagner aussi bien l'hémoptysie arthritique que l'hémoptysie tuberculeuse. Dans les deux cas, en effet, l'hémorrhagie peut éclater sans fièvre, chez un sujet jeune; dans les deux cas, elle peut être très abondante et se repro-

duire à intervalles très courts; enfin les signes stéthoscopiques mêmes (râles sous-crépitants, respiration soufflante, retentissement auto-phonique de la voix), localisés aux sommets du poumon, tous signes ordinaires d'une tuberculose au début, peuvent exister aussi dans le cas de congestion arthritique.

Mais ce qui doit tout d'abord mettre sur la voie, c'est l'aspect général du malade et ses antécédents. Ici, complète différence. Nous n'insisterons pas sur le signalement pathologique du tuberculeux, il est connu de tous. Le phimique est très émacié, il est pâle, et cette pâleur est encore soulignée par la rougeur très localisée des pommettes, il transpire la nuit, il a ordinairement de la diarrhée chronique ou plutôt des débâcles intestinales, des poussées de fièvre tous les soirs. Et, si l'on fouille ses antécédents héréditaires et personnels, on découvre un passé évidemment entaché de tuberculose ou du moins toujours très suspect. L'arthritique, au contraire, est ordinairement très vigoureux, le visage est plutôt congestionné, et s'il est quelquefois affaibli par des hémoptysies abondantes ou répétées, il n'a cependant pas la maigreur et la pâleur du tuberculeux. D'autre part, si guidés par les signes d'arthritisme « canitie, calvitie précoces », qu'il présente plus ou moins marqués, on interroge le malade; il répondra qu'il est sujet à des migraines, à des éruptions répétées d'herpès ou d'urticaire, à des angines.

Enfin, les antécédents héréditaires nous apprendront que les ascendants ont été goutteux, diabétiques ou rhumatisants mais qu'aucun d'eux n'a été tuberculeux.

Ces signes différentiels ne suffisent pas, nous l'avouons. D'abord, le processus hémoptoïque tuberculeux est souvent si rapide et souvent si peu en rapport avec l'étendue des lésions tuberculeuses, que l'hémorrhagie surprend alors le ma-

lade en pleine santé. De plus, cette éclosion peut se faire chez un individu dont les antécédents héréditaires sont absolument indemnes de tuberculose.

Dans ces conditions, le diagnostic immédiat devient plus malaisé, car il repose malheureusement sur des signes ou bien inconstants ou bien difficiles à saisir.

Nous ne citerons que pour mémoire les symptômes grâce auxquels Fuller *(Loc. cit.)* prétendait prévoir une attaque de rhumatisme pulmonaire prochaine. D'après lui, le malade a « la langue rouge et écailleuse, des sueurs acides profuses et son corps exhale une odeur empyreumatique caractéristique. »

Il est un signe stéthoscopique qui a une plus grande valeur diagnostique : c'est celui découvert et longuement étudié par M. E. Collin (de Saint-Honoré). Voici les caractères de ce signe tels qu'il les a décrits lui-même : « Tirez par la pensée, dit-il, une ligne perpendiculaire du creux axillaire à la base de la cage thoracique ; dans cette région que bien des médecins n'auscultent pas, vous entendrez, dans les affections pulmonaires de nature arthritique, habituellement à la rencontre du tiers inférieur avec le tiers moyen, un bruit que j'ai nommé *frottement arthritique* et qui ressemble au râle crépitant du premier degré de la pneumonie. Il ne se produit que pendant l'acte inspiratoire et a quelquefois besoin, pour être entendu, d'une inspiration longue et prolongée. On peut constater sa présence soit en même temps des deux côtés de la poitrine, soit alternativement dans l'un ou l'autre côté ; mais, dans la grande majorité des cas, c'est à droite qu'il est perçu. »

E. Collin a voulu diagnostiquer, grâce à son frottement arthritique, « l'affection de poitrine survenant non seulement pendant la pyrexie rhumastimale, mais encore en dehors de

toute attaque chez un individu soumis simplement à la diathèse arthritique. » Nous ne discuterons pas si la prétention de M. E. Collin est exagérée, nous nous contenterons de retenir, et cela d'accord avec quelques-uns de ses contradicteurs, que le bruit anormal qu'il a décrit coïncide très souvent avec les hémoptysies arthritiques.

Enfin, il nous semble important de noter, en faveur de l'arthritisme, un symptôme que nous avons trouvé cité dans la thèse inaugurale de M. Lebreton ; c'est la présence d'un excès d'acide urique dans le sang. Ce signe n'a malheureusement de valeur qu'autant qu'il existe ; en effet, l'uricémie n'étant pas une règle générale, il ne faudrait pas rejeter l'idée d'hémoptysie arthritique toutes les fois que la quantité d'acide urique contenue dans le sang serait normale ; mais, si l'excès était constaté, ce serait un bon signe diagnostique de la cause de l'hémorrhagie broncho-pulmonaire.

Nous terminerons ce paragraphe, en citant en comparaison de l'extrême gravité des hémoptysies bacillaires, l'extrême bénignité des hémoptysies arthritiques. Ce signe diagnostique d'une importance évidente est absolument rejeté par certains auteurs, entre autres, M. Germain Sée. Voici l'opinion de ce dernier : « Rien ne démontre que ces hémoptysies dites arthritiques ne soient le premier signe d'une tuberculose à longue échéance » ; et, plus loin : « les hémoptoïques (tuberculeux) guérissent parfaitement et souvent d'une manière définitive ; c'est qu'en effet les tubercules deviennent fibreux, c'est à dire se cicatrisent. Des milliers d'individus, même de familles tuberculeuses, ont eu dans leur jeunesse des hémoptysies et ont guéri, soit définitivement, soit pendant de longues années. »

Tout cela est vrai, nous ne le nions pas ; mais qu'il nous suffise de dire que dans tous les cas avérés d'hémoptysies

arthritiques cités par M. Huchard et d'autres auteurs, des examens minutieux et répétés ont montré l'absence absolue de bacilles dans les produits d'expuition rendus par le malade.

Après les hémoptysies bacillaires, les hémoptysies les plus communes sont celles qui sont liées à une maladie de cœur. Ici la confusion avec les hémoptysies arthritiques est bien difficile, car pour amener la production d'une hémoptysie les lésions cardiaques doivent être assez considérables et il est rare dans ce cas qu'elles échappent à l'observation du médecin.

On a voulu confondre encore, et cela avec plus de raison, les hémoptysies arthritiques avec les hémoptysies supplémentaires.

D'après certains auteurs en effet, la production de l'hémorragie broncho-pulmonaire, serait dans ce cas absolument sous la dépendance du flux hémorrhoïdaire, si fréquent chez les arthritiques; ou simplement chez la femme, liée à la suppression des menstrues.

Pourquoi cette confusion alors que dans toutes les observations que nous possédons, le phénomène s'est produit en dehors de tout trouble menstruel ou chez des individus qui n'avaient pas d'hémorrhoïdes ?

Enfin il est inutile à notre avis, et nous nous appuyons ici sur l'opinion de la majorité des auteurs, de faire le diagnostic des hémoptysies hystériques.

Sans nul doute, on a vu se produire, chez des hystériques avérées, des congestions pulmonaires intenses, des hémoptysies souvent très abondantes, survenant en dehors de tout explosion tuberculeuse ultérieure. Carré a cité aussi de nombreux cas d'hémoptysies chez les épileptiques, les choréiques et les hypochondriaques.

Mais, il est un fait : c'est que les hemorragies névropathiqües s'observent de préférence chez les hystériques arthritiques.

D'ailleurs nous pouvons dire avec Sydenham, Robert Whytt, Hufeland, et plus récemment Guéneau de Mussy que « l'hystérie et le nervosisme sont le plus souvent au moins des rejetons de la racine arthritique. » M. Huchard partage absolument cette opinion dans sa communication au Congrès de Rouen.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le pronostic des hémoptysies arthritiques est favorable, surtout eu égard au pronostic, sinon fatal, du moins toujours fort sombre, qu'impliquent les hémoptysies tuberculeuses. Il est très rare, et il suffit pour s'en convaincre d'examiner les observations publiées jusqu'ici, qu'elles portent atteinte à la vie du malade. Bien plus l'hémorrhagie est souvent très abondante et se répète à intervalles quelquefois très courts sans que la santé soit gravement compromise.

C'est sans doute de ces hémoptysies, rapporte le Dr Huchard, que Baillou a pu écrire en 1580 : « *Magnas excretiones sanguinis ex pulmone, nimus esse periculosas quam parvas.* »

Il n'en est pas moins vrai, qu'en raison même de cette répétition et de cette durée du phénomène morbide, le médecin doit faire certaines réserves.

En effet l'hémoptysie met le malade dans des conditions très défavorables, et par la perte du sang elle-même, et par les appréhensions que celle-ci lui inspire. L'arthritique, épuisé, se trouve alors sans forces pour combattre la diathèse, qui ne demande qu'à se manifester, soit sur le poumon soit sur d'autres organes.

Ces accidents sont d'autant plus faciles à prévoir, que l'hémorrhagie broncho-pulmonaire, rare nous le voyons bien, indique quand elle se produit « une tendance viscérale » fâcheuse de l'arthritis.

Il est une perspective qui doit encore assombrir le pronostic, si l'on admet la théorie de la phtisie *ab hemoptœ*. Et pourquoi ne pas l'admettre? Les résultats obtenus par Peck et Lipman, semblent il est vrai absolument contraires à cette théorie. En effet ces expérimentateurs ont injecté du sang dans les bronches de différents animaux et le sang injecté s'est touiours résorbé. Mais ces expériences, d'ailleurs peu concluantes, ne prévalent pas contre les nombreuses observations publiées par Jaccoud, Laty, Niemeyer et tout à fait de nos jours par B. Teissier.

Il nous est donc permis de retenir, que sur un terrain déjà préparé l'hémoptysie peut favoriser « l'éclosion du processus tuberculeux ».

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Les hémoptysies arthritiques sont, nous venons de le voir, dangereuses par leur abondance d'une part et leur répétition de l'autre. Le traitement aura donc deux indications à remplir, combattre l'hémorrhagie et empêcher sa reproduction en s'adressant à la cause qui lui a donné naissance.

Pour atteindre le premier but il est permis d'employer tous les remèdes, malheureusement trop souvent inefficaces, que nous offre l'arsenal thérapeutique.

On cherchera tout d'abord à relever le moral du malade qui attribue généralement ses crachements de sang à la tuberculose, on le placera dans des conditions favorables. On appliquera des révulsifs sur la poitrine et les membres, on administrera des boissons glacées ou mieux de la glace en petits fragments.

Si ces moyens ne réussissent pas on aura recours aux astringents, surtout l'ergot de seigle; et enfin les vomitifs. Ces médicaments sont ceux qui agissent le plus efficacement sur la circulation pulmonaire (Graves et Trousseau).

On combattra également l'hémorrhagie, quoique plus indirectement, en donnant au malade, comme le conseille le

Dr Huchard, le sulfate de quinine à faible dose et surtout l'iodure de potassium et de sodium. Et en agissant ainsi on aura l'avantage de faire en même temps du traitement préventif.

A propos du traitement préventif nous citerons, avant de l'exposer, celui que préconise le médecin anglais Fuller, qui conseille de donner aux malades atteints de rhumatisme du poumon, les diurétiques, l'opium et surtout les alcalins à haute dose, en laissant absolument de côté le salycilate de soude. Tout en ne partageant pas complètement sa manière de voir, nous faisons remarquer, en le citant, qu'il est du même avis que M. Huchard en ce qui concerne l'emploi des alcalins. En effet, le traitement de M. Huchard repose, presque entièrement, sur la médication par l'iodure de potassium et ce médicament a donné, entre ses mains, d'excellents résultats.

Mais, d'après lui, l'iodure de potassium doit être donnée à très faible dose (0.15 centigr. par jour) sous peine d'amener, au contraire, une aggravation des phénomènes.

En effet, à haute dose, l'iodure a au plus haut degré des propriétés eupéniques, propriétés qu'il doit au pouvoir d'augmenter considérablement l'irrigation de la muqueuse respiratoire. Au contraire, comme l'ont bien montré les expériences faites au laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Tenon par MM. Huchard et Ch. Eloy, l'iodure de potassium, à une très faible dose « presque homœpathique », diminue la pression sanguine dans le système vasculaire « système qui est le plus fortement influencé par la diathèse arthritique ».

M. Huchard remplace quelquefois l'iodure de potassium par l'iodure de sodium ; nous croyons à ce propos qu'il y aurait avantage à employer toujours de préférence ce dernier, car à notre avis l'iodure de potassium est inférieur comme « médicament artériel » à cause de sa base potassique.

Malgré l'efficacité des alcalins, on conseille de les alterner avec les arsenicaux.

Enfin le Dr Huchard, comme nous l'avons déjà dit au commencement de ce chapitre, donne à ses malades du sulfate de quinine, incité peut-être à ce traitement par la périodicité que présentent parfois les phénomènes morbides.

Quant au traitement par les eaux minérales, il faut être guidé plus que jamais par la nature des causes qui ont amené l'hémoptysie.

Aussi faut-il écarter les eaux sulfureuses fortes, tandis qu'on obtient au contraire de bons résultats en envoyant ses malades aux eaux de St-Honoré et d'Allivard (sulfureuses faibles et arsenicales) ou aux eaux du Mont-Dore (arsenicales.)

M. Lebreton conseille les eaux de Vichy et surtout les eaux froides de la source des Célestins.

OBSERVATIONS

Observation I

(Lancereaux. Traité de l'herpétisme, 1883).

Il s'agit ici d'un homme âgé de quarante-huit ans, qui vient consulter le médecin pour une hémoptysie très abondante, survenue *tout à coup dans la nuit* à la suite d'un repas copieux. On examina le malade et l'on trouva les poumons sains ; d'autre part aucun antécédent héréditaire suspect de tuberculose, mais par contre le malade était migraineux et hémorrhoïdaire.

Depuis, cette hémorrhagie ne s'est jamais reproduite ; les poumons sont absolument normaux.

Observation II

(Potain. Leçons de clinique médicale, 1881).

Dans cette observation il s'agit d'un malade, d'apparence assez vigoureuse, atteint tout à coup sept mois auparavant d'un accès d'oppression très violent accompagné d'hémoptysie ; puis les accidents se sont calmés et le malade a repris ses forces, et cet état de santé a persisté pendant quatre mois environ ; puis une nouvelle hémoptysie, plus abondante que la première, s'est montrée *pendant la nuit* mais n'a pas persisté.

En examinant le malade, il est facile de reconnaître que c'est un emphysémateux d'après la forme de son thorax, de plus il existe quelques

signes à la percussion et à l'auscultation qui se rapportent à cet état particulier. D'autre part, chose importante, le malade a l'apparence d'un arthritique, il est gras, trapu, avec le système vasculaire très développé; sa mère était rhumatisante, tandis qu'il n'y a ni chez lui, ni dans sa famille aucun antécédent de tuberculose.

Observation III

Huchard. Communication au Congrès de Rouen, août 1883.

Le nommé J..., âgé de cinquante ans entre à l'hôpital Tenon le 24 février 1883. C'est un homme assez vigoureux, trapu, présentant le facies arthritique le plus caractérisé : joues colorées avec nombreuses arborisations vasculaires, cou un peu court, système vasculaire développé, tendance aux varices des membres inférieurs, hémorrhoïdes.

Sa sœur a une maladie de cœur et lui-même a eu plusieurs *attaques de rhumatisme articulaire.* Il avoue avoir fait autrefois des excès alcooliques. A son arrivée on constate une dyspnée très intense, le cœur est indemne, la poitrine présente l'aspect de l'emphysème pulmonaire, et je constate aux deux sommets, surtout en arrière, les symptômes suivants: submatité, râles sous-crépitants très nombreux, respiration légèrement soufflante, augmentation des vibrations thoraciques, retentissement autophonique de la voix.

En présence de ces symptômes et surtout d'hémoptysies extrêmement abondantes qui surviennent par la suite et se répètent, chose singulière, presque *tous les soirs à la même heure*, malgré l'absence de tout antécédent palustre, j'établis le diagnostic de tuberculose pulmonaire et ce n'est qu'en observant davantage le patient que j'ai admis, avec une certaine réserve il est vrai, le diagnostic de congestion pulmonaire arthritique.

Le malade mourut dans le courant de mars, et j'affirme qu'à l'autopsie on ne trouva aucun tubercule dans aucun organe; la rate était normale et n'offrait pas les caractères de l'hypertrophie splenique d'origine paludéenne.

Mais les deux sommets étaient le siège d'une congestion pulmonaire extrêmement intense qu'on pouvait poursuivre jusqu'à la partie moyenne de l'arbre respiratoire.

Le cœur ne présentait aucune altération; les grosses artères étaient légèrement athéromateuses et on pouvait observer ça et là, dans l'encéphale, quelques anévrismes miliaires que nous n'avons pas cherché dans les vaisseaux du poumon.

Observation IV

(Huchard. *Loc. cit.*).

Mme de R... a aujourd'hui cinquante-deux ans. Grand-père maternel goutteux, mère rhumatisante, sujette aux névralgies. Il y a vingt ans, la malade a eu un rhumatisme articulaire généralisé qui n'a laissé aucune trace du côté du cœur. Elle a été réglée à treize ans, et toujours ses règles ont été extrêmement abondantes.

A l'âge de vingt-quatre ans, il y a donc vingt-huit ans, dans la soirée, vers onze heures, elle a une première hémoptysie; elle est vue par Gendron, Andral et Barth, qui tous trois, malgré l'absence de signes stéthoscopiques, concluent à l'imminence d'une tuberculose, et établissent un pronostic très grave. Depuis cette époque elle a eu une *trentaine d'hémoptysies* dont quelques-unes très abondantes.

En 1880, l'hémoptysie qui est survenue *pendant la nuit*, eut une violence extrême. Enfin dernièrement, il y a quelques mois, sous l'influence d'une promenade dans un endroit humide, nouveau et dernier crachement de sang.

Observation V

(Huchard. *Loc. cit.*).

M. T..., âgé de quarante-quatre ans, est né d'un père goutteux, mort l'année dernière d'une angine de poitrine.

Il y a quatorze ans, il a eu des hémoptysies *fréquentes*, *abondantes*, *périodiques*, le plus souvent *nocturnes*, qui l'ont fait regarder comme tuberculeux par un de nos grands dignitaires de la profession, un « prince de la science » comme le public aime à le dire. Plus tard, surviennent des

manifestations diverses, des douleurs vagues dans les jointures et dans les membres, plusieurs attaques de sciatique dont la dernière a eu il y a huit mois une intensité extraordinaire, une périostite alvéolo-dentaire, ou gingivite expulsive dont les relations avec l'arthritisme sont pour moi des mieux établies. Or, pendant que « ces rhumatismes le travaillaient », les symptômes de congestion pulmonaire qui avaient si fort effrayé tous les médecins disparaissaient complètement pour reparaître ensuite après la disparition de toutes ses misères rhumatismales; le malade n'a jamais été tuberculeux.

Observation VI

(Huchard. — *Loc.-Cit.*)

M. de R.... a aujourd'hui cinquante-sept ans, sa grand'mère maternelle est morte jeune de rhumatisme, son père, extrêmement goutteux, est mort à soixante-dix ans, sa mère, migraineuse, a succombé à une attaque d'apoplexie, son frère, à vingt-cinq ans, d'une maladie indéterminée, sa sœur est sujette à de violentes migraines et l'un de ses neveux est devenu goutteux dès l'âge de vingt-six ans. Il n'y a jamais eu de tuberculeux dans sa famille.

A vingt ans, il se réveille *pendant la nuit* et crache du sang en abondance.

En 1869, après un dîner, il reconduit au chemin de fer un de ses amis, *subit l'influence du froid*, rentre au salon et a une hémoptysie considérable; au bout de quinze jours tout rentrait dans l'ordre.

En 1872, *encore pendant la nuit*, nouveau crachement de sang suivi d'autres hémorrhagies à retour *presque périodique* le soir ou la nuit ; pendant quinze jours on constate l'existence de râles sous-crépitants dans la fosse sous-épineuse *droite*.

En 1879, le matin au réveil, nouvelle hémoptysie cette fois avec des râles sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse *gauche*.

Enfin en 1881, dernière hémoptysie avec sub matité et râles sous-crépitants à gauche, lesquels persistent quelques jours seulement.

Ce malade est assez fort, vigoureux même, et n'a jamais présenté de symptômes de tuberculose.

Pas d'autres manifestations arthritiques que deux nodosités peu doulou-

reuses à l'index droit (nodosités d'Heberden), et depuis quatre ou cinq ans une céphalée rhumatismale, sorte de migraine ophtalmique, car elle s'accompagne de troubles visuels très accentués ; enfin les urines laissent un dépôt briqueté d'acide urique et d'urates de soude très abondant.

Observation VII

(Lebreton. — Thèse de Paris 1884-85.)

Le nommé E... Alexandre, âgé de quarante-deux ans, entre le 16 avril 1883, salle Broussais, lit numéro 14 *bis*, dans le service de M. Sevestre.

Cet homme a eu, il y avait vingt ans, des hemoptysies abondantes et répétées. Il crachait du sang « à pleine bouche », dit-il. Ces hémoptysies durèrent deux ans. Il était militaire à cette époque et fut envoyé quatre fois à Amélie-les-Bains par les médecins militaires qui furent témoins de ces accidents.

Depuis ce moment, son hygiène a été mauvaise et cependant il a plutôt engraissé. Il a sept enfants, tous bien portants. Au mois de novembre dernier, pneumonie à gauche, depuis, douleurs fréquentes, mais fugitives, dans les bras et jambes.

Dans la poitrine, râles fins des deux côtés, surtout à gauche, expectoration abondante, frottements pleuraux, oppression modérée. Rien au cœur.

Après quelques jours d'attente (ventouses sèches, eau-de-vie allemande, sans résultat.) On donne six grammes de salycilate le 19 avril. Le 20, côté droit dégagé. Le 24, le côté gauche ne présente plus que quelques râles disséminés,

Le malade sort complètement guéri.

Observation VIII (inédite)

(Communiquée par M. le docteur André Moussous).

M. X..., âgé de 48 ans. — Pas de tuberculeux dans la famille. Plusieurs frères et sœur en bonne santé.

Hormis quelques indispositions pendant l'enfance, santé excellente jusqu'en 1881. Il a fait la guerre de 1870, a souffert beaucoup du froid et

de toutes sortes de privations, mais n'a pas été malade ni pendant, ni à la suite de la campagne. Il s'est marié à 29 ans et est devenu père de deux enfants qui jouissent d'une très bonne santé. Il fait beaucoup d'exercices de corps et mène une vie très active.

Pour la première fois, en 1881, polyarthrites avec fièvre considérées comme une atteinte de *rhumatisme articulaire aigu ;* l'affection, qui ne dure pas moins de trois semaines, se termine sans laisser aucunes suites.

En 1883, nouvelles douleurs articulaires occupant un grand nombre de jointures et immobilisant pendant près de quinze jours le malade au lit ou à la chambre. On diagnostique encore du *rhumatisme*.

En 1885, chute sur le coude gauche. L'articulation devient très grosse et très douloureuse ; les mouvements sont presque impossibles, la douleur s'irradie jusqu'à l'épaule et au poignet, revient sous forme de crises névralgiques d'une grande intensité et n'est calmée qu'à l'aide de piqûres de morphine. Plusieurs chirurgiens consultés constatent qu'il s'agit d'une arthrite traumatique sans luxation ni fracture. Au bout d'un mois environ, les douleurs se calment un peu, mais l'articulation reste très empâtée, les mouvements n'ont depuis cette époque jamais été recupérés que dans des limites très restreintes, et cette demi-ankylose a résisté à tous les moyens employés pour la combattre (pointes de feu, mouvements forcés, massage, électricité, bains de vapeur, etc.).

Quelques mois après l'accident, le poignet gauche, au-dessous de l'articulation malade et qui, lui, n'avait subi aucun traumatisme, commence à gonfler et à devenir douloureux. En dépit d'une thérapeutique locale aussi variée que celle qui avait été mise en œuvre pour le coude et malgré un traitement intense (salycilate de soude et iodure de potassium), l'articulation radio-carpienne perd peu à peu ses mouvements. Un état voisin de l'ankylose s'établit encore à ce niveau et cela d'une façon définitive. Le poignet droit subit bientôt le même sort ; les articulations des phalanges sont prises à leur tour, mais il s'agit d'un simple gonflement peri-articulaire peu douloureux, sans attitudes vicieuses ni déviations latérales des doigts et de la main comme on en voit dans le rhumatisme chronique progressif.

Au début de 1887, les membres inférieurs qui n'avaient jamais été intéressés que pendant les deux premières atteintes de polyarthrites généralisées deviennent malades à leur tour. Mais ici les manifestations morbides éclatent sous un aspect qu'elles n'avaient jamais présenté ; les douleurs viennent par crises tous les mois ou tous les deux mois avec rougeur, gon-

flement, fièvre modérée, état saburrhal de la langue. Tant dans leurs apparences locales que dans leurs manifestations générales, ces crises s'affirment comme des atteintes de *goutte franche*. Au cours de l'une d'elles, l'un des genoux est intéressé, tandis que les articulations tibio-tarsiennes et celles des orteils se dégagent d'une façon absolue et sont restées dégagées ; depuis lors, le genou s'injecte, devient volumineux, se limite dans ses mouvements et reste définitivement douloureux et presque ankylosé.

Pendant l'hiver de 1888, le malade se met à tousser, et de lui-même use d'un peu d'eau sulfureuse pour se débarrasser de cette toux devenue persistante. Sur ces entrefaites et d'une *façon inopinée* survient, à la fin de mars, une forte hémoptysie qui se *renouvelle* à plusieurs reprises pendant les jours suivants. Le malade garde la chambre et subit un traitement approprié ; l'eau sulfureuse est immédiatement supprimée.

Quinze jours plus tard, l'hémoptysie se renouvelle tout aussi importante que la première et laisse le malade faible et amaigri. Pendant le courant de mai, troisième hémoptysie, tout aussi peu motivée, en apparence, que les deux premières.

Dans une consultation à laquelle trois médecins prennent part, on agite la question d'une tuberculose pulmonaire, que la répétition des hémoptysies, de légères modifications dans la respiration au sommet droit rendent assez vraisemblable. Le malade est envoyé hors ville ; les crachements de sang et la toux cessent immédiatement et, le soi-disant phtisique récupère son appétit, son embonpoint et toute sa force.

Depuis, la santé à toujours été parfaite ; on n'a plus retrouvé les signes stéthoscopiques un peu vagues qu'on avait découverts du côté du sommet suspect ; le malade n'a jamais plus eu ni toux ni essoufflement. Ajoutons que, dans l'espoir de trouver une amélioration dans l'état de ses articulations, le malade a consulté, tant en province qu'à Paris, un grand nombre de médecins parmi les plus autorisés ; chaque fois l'examen du cœur et des poumons a été noté comme des plus satisfaisants. Le traitement par l'iodure de potassium et la lithine a été très longtemps suivi et il l'est encore à l'heure actuelle. Jamais ni sucre ni albumine dans les urines.

Observation IX (Inédite).

(Communiquée par M. le docteur André Moussous).

Homme de cinquante-six ans.

Pas de tuberculeux dans sa famille.

Pendant l'enfance a eu les fièvres éruptives; depuis, aucune maladie sérieuse.

A l'âge de quarante ans, psoriasis lingual et tendance à l'obésité; excellent appétit, mais troubles dyspeptiques après les repas.

Présente pour la première fois, en 1887, un accès de *goutte franche* occupant le gros orteil (douleurs très vives, gonflement, rougeur, puis desquamation après la disparition de l'œdème qui avait envahi une partie du pied); ce premier accès dure cinq ou six jours à peine.

De 1887 à 1890, plusieurs accès présentant une certaine analogie avec la première attaque, mais tendant à envahir d'autres articulations que celles des pieds; les genoux, les coudes sont pris. Le malade est également tourmenté par des poussées d'eczéma sec, très prurigineux, aux bourses, au périnée et au pourtour de l'anus.

En 1890, l'accès goutteux est franchement polyarticulaire, accompagné de fièvre pendant plus de quinze jours, les articulations de la colonne cervicale sont atteintes; et, sans la notion de crises goutteuses antérieures, la maladie aurait été considérée comme un rhumatisme aigu fébrile.

On ne découvre aucune complication cardiaque ou rénale, mais des râles sous-crépitants aux deux bases. Cinq mois plus tard, un soir après quelques quintes de toux, brusquement survient une hémoptysie très copieuse, le malade est très dyspnéique. Dans la soirée, les hémoptysies se répètent à plusieurs reprises, on découvre des râles sous-crépitants aux deux bases; le sang est franchement rutilant et spumeux, la quantité totale rendue est très considérable, 600 à 800 grammes environ, il se forme de gros caillots dans la cuvette où il est recueilli. (Ventouses sèches, piqûres d'ergotine, sinapismes aux jambes, fragments de glace dans une

limonade citrique), l'hémoptysie s'arrête, mais pendant toute la nuit et le lendemain matin encore, chaque quinte de toux ramène quelques crachats sanglants.

L'exploration de la poitrine permet de découvrir quelques râles, mais ils sont moins abondants que la veille ; la dyspnée est presque entièrement disparue. Le malade se dit bien et malgré les recommandations faites, il se lève dans la journée. L'exploration du cœur pratiquée avec grand soin et à plusieurs reprises n'indique aucune lésion. Le troisième jour, malgré l'avis du médecin, le malade sort, l'état de santé reste néanmoins parfait et l'auscultation pratiquée quelques jours plus tard ne révèle aucun signe morbide du côté du thorax.

Au début de l'hiver de 1891, nouvelles poussées articulaires envahissant les membres inférieurs et les bras. Fièvre pendant plus de huit jours; au moment où les articulations commencent à se libérer, surviennent des douleurs occupant la face interne de la cuisse et le mollet du côté gauche, puis le membre inférieur se tuméfie. Il est œdematié, blanc, dur, immobilisé par la douleur ; on constate un cordon dur le long de la veine crurale et de la saphène interne. Cette phlegmatia alba dolens, indubitablement *d'origine goutteuse*, persiste pendant plus d'un mois ; l'état général est excellent, l'appétit parfait, le malade ne tousse jamais, son cœur et ses poumons ne présentent rien de particulier. Pendant tout l'hiver, le malade est contraint de conserver un bandage roulé, pour lutter contre l'œdème qui persiste au niveau de la jambe et s'exagère chaque jour, surtout après des marches un peu longues.

En juillet 1885, après une journée passée sur le bord de la mer et un voyage en chemin de fer, nouvelle apparition, *tout aussi brusque* que la première, d'une hémoptysie considérable; le malade crache du sang une *partie de la nuit*, un médecin appelé auprès de lui est très effrayé de la situation, passe plusieurs heures à ses côtés craignant à chaque instant de le voir expirer. La plupart des moyens employés la première fois sont mis en œuvre pour lutter contre l'hémorrhagie qui prend fin dans la matinée.

La poitrine est remplie de râles, mais l'hémoptysie terminée le malade se sent beaucoup mieux. Le médecin revient dans la soirée ; à son grand étonnement, il apprend que le malade ne se trouvant plus fatigué, et, ayant un rendez-vous d'affaires important, est sorti depuis deux heures.

Cette imprudence n'entraîne aucune conséquence fâcheuse ; la toux et les crachats ne se renouvellent plus et n'ont jamais reparu depuis cette époque. Le malade, examiné à plusieurs reprises en 1892, jouit de la santé la plus florissante, il mène une vie très active de travail et de plaisir ; l'exploration du poumon et du cœur est très satisfaisante, jamais de dyspnée.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

CONCLUSIONS

De l'étude rapide que nous venons de faire sur les hémoptysies arthritiques, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La diathèse arthritique, en vertu de son pouvoir « congestif », peut, au même titre que la tuberculose, donner lieu à des hémorragies broncho-pulmonaires, et cela, indépendamment de toute autre cause ;

2° Ces accidents hémorragiques sont parfaitement caractérisés par leur mode d'apparition, par la marche qu'ils suivent et par leur terminaison ;

3° Le diagnostic immédiat est quelquefois malaisé, mais un examen attentif de tous les symptômes, une étude approfondie des antécédents personnels et héréditaires du malade permettront toujours de le faire ;

4° Le diagnostic fait, et là paraît bien l'importance de la question, le médecin doit porter un pronostic bénin, tout en faisant quelques réserves et au point de vue de l'hémoptysie elle-même (abondance et fréquence de l'hémorragie) et au

point de vue des accidents qu'elle peut provoquer (manifestations arthritiques plus graves, tuberculisation plus facile sur un terrain préparé) ;

5° Le traitement doit donc être très actif ; il doit atteindre deux buts : combattre l'hémorragie, et, ce premier danger écarté, s'attaquer à la diathèse elle-même, cause première des accidents.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr MASSE.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 23 novembre 1893.
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bazin. — Lésions du poumon dans les affections morbides.

Bernheim. — *Cliniques médicales.* Nancy.

Besnier. — Art. rhumatisme. *Dictionnaire Dechambre.*

Cadet de Gassicourt. — Maladies des enfants, 1882.

Chapotel. — Thèse de Paris, 1883.

Chomel. — Thèse, 1813.

Collin. — Congestion pulmonaire et nature arthritique, 1874 — *Gazette médicale des hôpitaux de Toulouse,* 1876. — Du diagnostic des affections pulmonaires de nature arthritique. Paris, 1882.

Dauvergne (de Manosque). — *Bulletin général de thérapeutique,* 1881.

Frank. — Pathologie interne (traduction de Bayle).

Eloy. — *Dictionnaire Dechambre.* Article hémoptysie.

Fuller. — *On rheumatism.*

Garrod. — Traité de la goutte (traduction d'Ollivier, 1867).

Huchard. — Congrès médical de Rouen, *in Union médicale,* 1883.

Lancereaux. — Traité de l'herpétisme, 1883.

Lebreton. — Thèse de Paris, 1884-1885. — Contribution à l'étude des manifestations pulmonaires. — *Archives générales de médecine* (avril 1885). — *Gazette des hôpitaux de Paris,* 1885.

Leroux. — *Journal des connaissances médicales pratiques.* Paris, 1885.

Lucas Championnières. — *Journal de médecine et chirurgie pratiques,* 1882.

Margery. — Thèse de Paris, 1882.

Moreau. — Thèse de Nancy, 1876.

PICOT. — Les grands processus morbides.

POTAIN. — *Journal de médecine militaire*, 1882. — *Journal de médecine et chirurgie*, 1881.

RAYMOND. — *Progrès médical*, 1881.

SÉNAC (de Vichy). — Diathèse congestive.

SOUDÉE. — Thèse de Paris, 1887.

SYDENHAM. — Traité de la goutte.

TROUSSEAU. — Cliniques médicales.

VULPIAN. — Thèse d'agrégation, 1860.

WOILLEZ. — Maladies du poumon, 1872. — Rapport sur le travail de E. Collin (Du Froissement arthritique). Académie de médecine, Paris, 1881.

WIDAL. — *Dictionnaire Dechambre.* — Article hémoptysie.

WUNDERLICH. — Pathologie und thérapie.

Bordeaux. — Imp. du Midi. - P. CASSIGNOL, 91, rue Porte-Dijeaux.